

# Gesundheitsfragebogen

---

für eine an Ihren Gesundheitszustand optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Hierfür bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können, besprechen Sie diese mit uns vor der Behandlung. Selbstverständlich unterliegen alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht.

## Leiden oder litten Sie an Erkrankungen folgender Organe?

### Herz

- ( ja ) ( nein ) Zustand nach Infarkt
- ( ja ) ( nein ) Herzinsuffizienz
- ( ja ) ( nein ) Muskelentzündung
- ( ja ) ( nein ) Verengung der Herzkranzgefäße
- ( ja ) ( nein ) Rythmusstörungen
- ( ja ) ( nein ) Bypassoperation
- ( ja ) ( nein ) Herzklappenersatz
- ( ja ) ( nein ) Schrittmacher

### Kreislauf

- ( ja ) ( nein ) niedriger Blutdruck
- ( ja ) ( nein ) Bluthochdruck
- ( ja ) ( nein ) Angina pectoris
- ( ja ) ( nein ) Durchblutungsstörungen
- ( ja ) ( nein ) Schlaganfall

### Erkrankung des blutbildenden Systems

- ( ja ) ( nein ) Blutarmut
- ( ja ) ( nein ) Bluter

### Augen

- ( ja ) ( nein ) Grauer Star
- ( ja ) ( nein ) Grüner Star

### Atmungswege/Lunge

- ( ja ) ( nein ) Asthma

### Blase-Nieren

- ( ja ) ( nein ) Blasenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Nierenerkrankung
- ( ja ) ( nein ) Dialyse

### Leber

- ( ja ) ( nein ) Gelbsucht
- ( ja ) ( nein ) Hepatitis

### Bewegungsapparat

- ( ja ) ( nein ) Rheuma
- ( ja ) ( nein ) rheumatoide Arthritis
- ( ja ) ( nein ) Gicht

### Zentrales Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) epileptische Anfälle

### Vegetatives Nervensystem

- ( ja ) ( nein ) Kopfschmerzen
- ( ja ) ( nein ) Migräne

### Stoffwechsel

- ( ja ) ( nein ) Zuckerkrankheit
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenüberfunktion
- ( ja ) ( nein ) Schilddrüsenunterfunktion

## Leiden oder litten Sie an folgenden Erkrankungen?

- ( ja ) ( nein ) Haut und/oder Geschlechtskrankheiten
- ( ja ) ( nein ) HIV bzw. AIDS, Tuberkulose

( ja ) ( nein ) Tumorerkrankungen (Bestrahlung, Chemotherapie)

Wenn Sie wegen einer der genannten Erkrankungen in Behandlung sind:

**Titel:**

**Arzt:**

**Ort:**

**Telefon:**

**Sonstige medizinisch wichtige Informationen:**

( ja ) ( nein ) Haben Sie eine andere, hier nicht aufgeführte Erkrankung?

Wenn ja, welche ?.....

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche ?.....

( ja ) ( nein ) Nehmen Sie regelmäßig Alkohol oder Drogen zu sich?

Wenn ja, welche ?.....

( ja ) ( nein ) Sind Sie allergisch gegen bestimmte Medikamente oder andere Stoffe?

Wenn ja, welche ?.....

( ja ) ( nein ) Besitzen Sie einen Allergiepass?

Wenn ja, gegen welche Stoffe sind Sie allergisch?.....

( ja ) ( nein ) Traten oder treten bei Ihnen Nebenwirkungen nach zahnärztlichen Spritzen auf?

Wenn ja, welche ?.....

( ja ) ( nein ) Sind Sie z.Zt. schwanger?

Wenn Ja, in welchem Monat?.....

**Hinweis zur Verkehrstüchtigkeit nach zahnärztlichen Behandlungsterminen**

Wir machen Sie hiermit aufmerksam, dass Ihre Verkehrstüchtigkeit im Straßenverkehr nach zahnärztlichen Behandlungen unter Umständen bis zu 24 Stunden beeinträchtigt sein kann und zwar sowohl durch die Behandlung an sich, als auch durch den Einfluss von Injektionen oder anderen Medikamenten. Auf Wunsch rufen wir Ihnen daher gern ein Taxi.

Meerbusch, den ..... Unterschrift .....